Aus der Klinik für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkranke der Universität Heidelberg. Direktor: Geh. Hofrat Prof. Dr. W. Kümmel

Lane Medical Library

Fälle von Oesophagusfremdkörpern

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

einer

Hohen medizinischen Fakultät

an der

bad. Ruprecht-Karls-Universität

zu Heidelberg

Vorgelegt von

Medizinalpraktikant Arthur Pollerbeck

Essen (Ruhr)

1926

Rob. Siebeck Nachf., Essen-Borbeck

Aus der Klinik für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkranke der Universität Heidelberg. Direktor: Geh. Hofrat Prof. Dr. W. Kümmel

Fälle von Oesophagusfremdkörpern

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

einer

Hohen medizinischen Fakultät

an der

bad. Ruprecht-Karls-Universität

zu Heidelberg

Vorgelegt von

Medizinalpraktikant Arthur Pollerbeck

Essen (Ruhr)

1926

Rob. Siebeck Nachf., Essen-Borbeck

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153303_0208

Dem Andenken
meiner lieben Eltern
gewidmet

Fremdkörper gelangen in erster Linie beim Essen in die Speiseröhre, in zweiter Linie aber dadurch, daß sie sowohl von einzelnen Berufsständen bei der Arbeit als auch von Kindern in unbeobachteten Augenblicken gern in den Mund genommen und dann verschluckt werden. Die wichtigste Art von Fremdkörpern sind künstliche Zähne, die sowohl beim Essen als auch im Schlafe verschluckt werden können.

Die klinischen Symptome, durch welche sich die Fremdkörper in der Speiseröhre kennzeichnen, bieten ein sehr verschiedenes Bild dar. Bestimmend wirken die Natur, die Beschaffenheit und Form, die Größe und der Sitz des fremden Gegenstandes. Subjektiv stehen im Vordergrunde Schluckbeschwerden, daneben wird häufig das Gefühl von Wundsein, Kratzen, Stechen u. dgl. angegeben. Weiter sind als gewöhnliche Erscheinungen der Fremdkörper in der Speiseröhre Hüsteln, Räuspern und Würgen zu nennen. Sehr lästige Qualen bereiten meistens die in der Oesophaguswand steckenden spitzen und scharfen Gegenstände. Dadurch, daß diese Fremdkörper bei jedem Schlucken tiefer ins Gewebe eindringen und die Wunden immer mehr reizen, steigern sich die Schmerzen ganz enorm. Ausnahmsweise können sich bei sehr voluminösen Gegenständen Atembeschwerden beobachten lassen, die durch Kompression der Trachea zustande kommen.

Für die Diagnose sind die Anamnese sowie die subjektive Empfindung eines Fremdkörpers in der Speiseröhre nicht allzu hoch zu bewerten, da sie uns nur über den Zeitpunkt des Verschluckens und über die Art des Fremdkörpers Aufschluß geben können, während sie uns hinsichtlich der Feststellung des genauen Sitzes oder überhaupt des Vorhandenseins eines Fremdkörpers im Stiche lassen; denn oft klagen die Patienten, daß ihnen ein fremder Gegenstand im Halse stecken geblieben sei, obwohl gar kein Fremdkörper verschluckt oder ein verschluckter bereits weiter gewandert ist. Besonders findet man diese Angaben bei nervösen Individuen und bei verschiedenen allgemeinen Neurosen (Hysterie, Hypochondrie, Neurasthenie) nicht selten.

Von den diagnostischen Hilfsmitteln, die uns zur objektiven Feststellung eines Fremdkörpers in der Speiseröhre zur Verfügung stehen, wird die früher vielfach angewandte Sondierung heute fast von allen Autoren bedingungslos abgelehnt, da die Sonde oft an dem Fremdkörper vorbeigleitet, ohne daß man ihn fühlt, vor allem aber, weil ihre Anwendung große Gefahren in sich birgt. Dagegen leistet die Röntgenuntersuchung in der Mehrzahl der Fälle vorzügliche Dienste. Nur kleinere Körper und Substanzen, die für X-Strahlen durchlässig sind, sind nicht zu erkennen, wie Knochensplitter, Gräten, Fleischstücke u. a. Die fast in jedem Falle zuverlässige Untersuchungsmethode ist die von Killian u. a. eingeführte Oesophagoskopie mit mandrinlosem Rohre. Sie hat den unschätzbaren Wert, daß sie zugleich mit der Diagnose die schonendste und zuverlässigste Therapie ermöglicht.

Wenn man beachtet, welch schlimme Folgen die Fremdkörper in der Speiseröhre nach sich ziehen können, so wird man bezüglich der Prognose im allgemeinen zurückhaltend sein. Größere Fremdkörper bieten eine schlechtere Prognose, da sie oft fest eingekeilt, nicht leicht zu entfernen sind. Am vorsichtigsten ist die Prognose bei spitzen und scharfen Fremdkörpern zu stellen, namentlich wenn sie die Oesophaguswand verletzt haben oder tief ins Gewebe eingedrungen sind. Zu fürchten sind dann intensive Entzündungen, Eiterungen, Arrosion größerer Blutgefäße u. a. Eine weitere sehr gefürchtete Komplikation, bedingt durch die enge Lagebeziehung des Oesophagus zu der Trachea, ist die Oesophago-Trachealfistel. Sie entsteht entweder infolge direkter Verletzung der Luftröhre durch einen scharfen Fremdkörper in der Speiseröhre, oder sekundär infolge eitriger Einschmelzung des Gewebes durch Dekubitus.

Die Aufgabe der Therapie besteht in einer möglichst schnellen Entfernung des Fremdkörpers aus der Speiseröhre. Für die Entfernung der Fremdkörper hat als erstes Gesetz zu gelten, daß dieselbe stets unter genauer Gesichtskontrolle zu erfolgen hat. Alle andersartigen Extraktionsversuche sind heute mit aller Entschiedenheit zu verwerfen. Instrumente wie Schlundstößer, Münzen- und Grätenfänger sollten bei dem heutigen Stand der endoskopischen Technik für immer aus dem ärztlichen Instrumentarium verbannt sein wegen der Komplikationsmöglichkeiten, wie Perforation oder gröbere Verletzung der Wand mit nachfolgender Mediastinitis. Wenngleich Hacker, der hochverdiente Pfadfinder der Oesophago-

skopie, ein prinzipieller Anhänger der oesophagoskopischen Fremdkörper-Entfernung, im 110. Band von Bruns' Beiträgen Möglichkeiten erwähnt, bei deren Voraussetzung die Anwendung der Sonde gestattet sein soll, so ist die grundsätzliche Ablehnung der Sonde auf Grund der schlechten Erfahrungen der meisten Autoren doch wohl berechtigt. Wie die Oesophagoskopie alle anderen Methoden in diagnostischer Hinsicht an Zuverlässigkeit übertrifft, so ist sie auch in therapeutischer Hinsicht die beste Methode der unblutigen Fremdkörperentfernung. Nur in wenigen Fällen sind wir gezwungen, die Oesophagotomia cervicalis zu machen, und nur im alleräußersten Notfalle wird man sich zur Oesophagotomia thoracica entschließen.

Einer jeden Oesophagoskopie ist eine genaue Anamnese, eine sorgfältig durchgeführte Allgemein-Untersuchung und Röntgenuntersuchung vorauszuschicken. Sie geben uns Aufschluß, ob nicht rein mechanische Ursachen wie hochgradige Verkrümmung der Wirbelsäule, starke Verdrängung der Speiseröhre durch pathologisch veränderte Nachbarorgane (Strumen etc.) sowie schwere Lungenerkrankungen und inkompensierte Herzfehler die Oesophagoskopie außerordentlich erschweren, oder ob hochgradige Inanition, Kachexie und Aortenaneurysmen als bedingte Kontraindikationen unser Handeln beeinflussen müssen.

Als Beispiel für die Erfolge der Oesophagoskopie bei Fremdkörpern in der Speiseröhre möchte ich jetzt die Erfahrungen der Heidelberger Klinik anführen, die wir an Hand der in den letzten 20 Jahren beobachteten Fälle gemacht haben.

1905.

1. H., J., 7jähr., Rheingrunheim.
   Verschluckte Metallpfeifchen; Fremdkörper wird oesophagoskopisch entfernt.

1907.

2. A., M., 3jähr., Heidelberg.
   Verschluckte Geldstück; Sitz des Fremdkörpers oberhalb des Jugulums; er wird in Narkose oesophagoskopisch extrahiert.

1908.

3. Sch., J., 72jähr., Heidelberg.
   Will beim Kaffeetrinken spitzen Fremdkörper verschluckt haben. Im rechten weichen Gaumenteil findet sich frische

Läsion. Die in Lokalanästhesie vorgenommene Oesophagoskopie ergibt keinen Befund. Weitere Angaben fehlen.

Von zwei weiteren Fällen von verschluckten Fremdkörpern fehlen die näheren Angaben.

1909.

4. G., P., 52jähr., Pirmasens.
Verschluckte Knochenstück; die in Lokalanästhesie vorgenommene Oesophagoskopie läßt den Fremdkörper unterhalb des Oesophagusmundes erscheinen; er wird oesophagoskopisch extrahiert.
5. B., R., 1½jähr., Massenbachhausen.
Verschluckte Zweipfennigstück; Fremdkörper wird in Narkose oesophagoskopisch entfernt.
6. H., E., 31jähr., Altlußheim.
Verschluckte beim Essen einen Fleischbrocken mit einem Knochenstück. Fremdkörper wird in Lokalanästhesie oesophagoskopisch extrahiert.

Von einem weiteren Fall fehlt die Krankengeschichte.

1910.

7. M., P., 4jähr., Heidelberg.
Verschluckte Geldstück; Fremdkörper wird oesophagoskopisch entfernt.

In einem weiteren Fall handelte es sich um ein 6jähriges Mädchen, das eine Nadel verschluckt hatte. Therapeutische Angaben fehlen.

1911.

In diesem Jahre sind 3 Fälle angegeben. In einem Falle handelte es sich um einen 2jährigen Jungen, der ein Zweipfennigstück verschluckt hatte; bei dem zweiten Falle um einen 6jährigen Knaben, der ein Metallpfeifchen verschluckt hatte. Bei dem dritten Falle fehlen jegliche Angaben. Näheres über diese Fälle ist aus den Krankengeschichten nicht zu ersehen.

1912.

8. G., G., 57jähr., Gauangelloch.
Knochenstück. Die in Lokalanästhesie vorgenommene Oesophagoskopie läßt den Fremdkörper in 25 cm Tiefe von der Zahnreihe in der hinteren Oesophaguswand erscheinen, und dieser wird oesophagoskopisch entfernt.

9. S., D., 24jähr., Bensheim.
Knochenstück. Die in Lokalanästhesie vorgenommene Oesophagoskopie zeigt, daß der Fremdkörper in 30 cm Tiefe unterhalb der Zahnreihe mit beiden Enden fest in der Schleimhaut sitzt, so daß die Extraktion nicht gelingt. Beim Würgen dreht sich das Stück und verschwindet, so daß bei nochmaliger Oesophagoskopie nichts mehr gefunden wird.
10. R., Th., 33jähr., Heidelberg.
Fleischbrocken. Fremdkörper wird beim Kokainisieren ausgeworfen.
11. E., E., 4jähr., Neulußheim.
Vorstecknadel. Oesophagoskopisch ohne Befund. Nähere Angaben fehlen.
12. B., A., 5jähr., Heiligkreuzsteinach.
Zwetschenkern; die in Narkose gemachte Oesophagoskopie läßt den Fremdkörper in 35 cm Tiefe unterhalb der Zahnreihe erscheinen, und dieser wird oesophagoskopisch entfernt.
13. Ch., B., 67jähr., Hockenheim.
Fleischstück. In Lokalanästhesie ausgeführte Oesophagoskopie zeigt den Fremdkörper in 30 cm Tiefe unterhalb der Zahnreihe; er wird oesophagoskopisch entfernt.
14. B., A., 27jähr., Heinsbach.
Nagel. Die in Lokalanästhesie vorgenommene Oesophagoskopie läßt keinen Fremdkörper mehr erkennen, doch wird in 16 cm Tiefe unterhalb der Zahnreihe eine Schleimhautläsion festgestellt. Nähere Angaben über den weiteren Verlauf fehlen.

1913.

15. B., J., 75jähr., Hockenheim.
Fleischbrocken; wird in Lokalanästhesie oesophagoskopisch entfernt.
16. V., J., 2jähr., Eppelheim.
Blechkapsel wird in Narkose oesophagoskopisch entfernt.
17. B., A., 6jähr., Heiligkreuzsteinach.
Zwetschenkern; Extraktionsversuch in Chloroform-Narkose wird am Abend abgebrochen, da der Puls nach einer Stunde schlecht wird. Am Morgen Lokalanästhesie. Es gelingt den Fremdkörper mit dem Haken zu drehen, ist später nicht mehr zu sehen. Tags darauf Abgang per vias naturales.

18. A., V., 29jähr., Oftersheim.
Knochenstück; Oesophagoskopisch o. B.

19. M., J., 44jähr., Pforzheim.
Knochenstück; in Lokalanästhesie gemachte Oesophagoskopie zeigt Fremdkörper in 30 cm Tiefe unterhalb der Zahnreihe. Fremdkörper rutscht bei der Oesophagoskopie abwärts.

20. W., K., 30jähr., Ludwigshafen.
Zahnersatzstück; Fremdkörper wird bei der in Lokalanästhesie ausgeführten Oesophagoskopie in 30 cm Tiefe unterhalb der Zahnreihe erkannt und entfernt.

1914.

21. R., F., $7^1/_2$jähr., Heidelberg.
Ein Markstück verschluckt; in Lokalanästhesie vorgenommene Oesophagoskopie zeigt das Stück in Höhe der Bifurkation, es rutscht aber bei der Oesophagoskopie abwärts. Es ist wohl anzunehmen, daß der Fremdkörper per vias naturales abgegangen ist, da über den weiteren Verlauf des Falles keine Angaben vorliegen.

22. St., K., 50jähr., Zeisenhausen.
Knochenstück; Extraktionsversuche blieben draußen ergebnislos. In der Klinik konnte bei der in Lokalanästhesie gemachten Oesophagoskopie kein Fremdkörper mehr festgestellt werden.

23. F., A., 7jähr., Brühl.
Metallplatte; in Narkose gemachte Oesophagoskopie zeigt den Fremdkörper oberhalb des Jugulums; er wird oesophagoskopisch entfernt.

24. O., M., 25jähr., Malsch.
Speckschwarte; in Lokalanästhesie ausgeführte Oesophagoskopie zeigt Fremdkörper im Oesophagusmund; er wird entfernt.

25. K., E., 78jähr., Schriesheim.
Zwetschenkern; in Lokalanästhesie ausgeführte Oesophagoskopie zeigt Fremdkörper in 42 cm Tiefe unterhalb der Zahnreihe; er wird entfernt.

Bei einem weiteren Fall handelt es sich um einen 47jährigen Mann, der einen Fleischbrocken verschluckte. Nähere Angaben fehlen.

1915.

26. H., A., 20jähr., Heidelberg.
Fleischbrocken; wird bei der in Lokalanästhesie ausgeführten Oesophagoskopie in 25 cm Tiefe unterhalb der Zahnreihe erkannt und extrahiert.

27. K., F., 20jähr.
Gebißstück; wird bei der in Lokalanästhesie gemachten Oesophagoskopie in 25 cm Tiefe unterhalb der Zahnreihe erkannt und extrahiert.

28. M., O., 12jähr., Heidelberg.
Ein Markstück; bei der Röntgendurchleuchtung war selbiges über der Thorax-Apertur sichtbar. Bei der Oesophagoskopie nicht mehr. Weitere Angaben fehlen.

29. St., F., 3½jähr., Auerbach.
Knopf; wird oesophagoskopisch entfernt.

30. M., J., 36jähr., Heidelberg.
Fleischbrocken; wird bei der Oesophagoskopie in den Magen gestoßen.

31. H., A., 32jähr., Sandhausen.
Fleischbrocken; wird beim Kokainisieren ausgespuckt.

32. E., G., 2½jähr., Pirmasens.
Geldstück; in Narkose ausgeführte Oesophagoskopie zeigt Fremdkörper im Oesophaguseingang; er wird extrahiert.

1916.

33. J., H., 1½jähr., Rheingönnheim.
Knopf; in Narkose ausgeführte Oesophagoskopie zeigt Fremdkörper im Oesophaguseingang; er wird extrahiert.

34. H., D., 8jähr., Kirrlach.
Fleischbrocken; in Lokalanästhesie ausgeführte Oesophagoskopie zeigt den Fremdkörper kurz vor der Kardia; er wird extrahiert.

35. B., J., 78jähr., Hockenheim.
Fleischbrocken; in Lokalanästhesie ausgeführte Oesophagoskopie zeigt den Fremdkörper in Höhe der Bifurkation; er wird extrahiert.

36. G., N., 50jähr., Oberflockenbach.
Gebiß; in Lokalanästhesie ausgeführte Oesophagoskopie zeigt selbiges im Oesophagusmund, es wird extrahiert.

Von einem weiteren Fall fehlt die Krankengeschichte.

1917.

37. R., H., 59jähr., Sulzbach.
Knochenstück; es wird oesophagoskopisch extrahiert.

38. M., E., 50jähr., Heimstadt.
Knochenstück; in Lokalanästhesie ausgeführte Oesophagoskopie zeigt den Fremdkörper im Oesophagusmund; er wird entfernt.

39. B., L., 58jähr., Worms.
Fischgräte; in Lokalanästhesie ausgeführte Oesophagoskopie zeigt den Fremdkörper in der Vorderwand des unteren Teiles des Oesophagus eingespießt; er wird extrahiert.

40. O., H., 31jähr., Neuenheim.
Knochenstück; in Lokalanästhesie ausgeführte Oesophagoskopie zeigt den Fremdkörper dicht unterhalb des Oesophagusmundes, dieser rutscht beim Extraktionsversuch abwärts und verschwindet. Keine weiteren Beschwerden.

41. A., E., 6jähr., Bensheim.
Geldstück; wird oesophagoskopisch extrahiert.

42. G., M., 31jähr., Schlierstadt.
Vorgeschichte: Patientin hat am 9. 12. abends ein Gebiß mit 2 Schneidezähnen und 2 Haltehaken verschluckt. Sie merkte es nicht, sondern war in dem Glauben, daß sie ein Apfelschnitzel verschluckt habe. Sie ging zur Schwester, die den Gegenstand am Hals fühlte und nach abwärts massierte (!). Sie kam dann in die Heidelberger Klinik, wo das Gebiß unter direkter Oesophagoskopie zu entfernen versucht wurde. — Vergeblich. Es ließ sich leicht in 19 cm Tiefe von der Zahnreihe einstellen, man sah die Zähne und die schwarze Platte. Scheinbar hatte sich das Gebiß jedoch festgehakt, und nach 2 Stunden mußten die Extraktionsversuche abgebrochen werden.

11. 12. Aufnahme.

Links, etwas seitlich unterhalb des Kehlkopfes, ist der Hals druckschmerzhaft. Der Gegenstand ist nicht zu fühlen. Es bestehen mäßige Schmerzen beim Schlucken. An Nahrung kann nur Flüssiges genommen werden. Temperatur 37,6°. Abends nochmals Versuch unter direkter Oesophagoskopie mit dem Rohr den Oesophagusmund zu erweitern und mit der Bohnenzange das Gebiß zu entfernen, wiederum vergeblich. Es läßt sich ein wenig drehen, hakt sich scheinbar dann aber immer

wieder fest. Es wird auch versucht, mit weiterem Rohr einzugehen, um auch die Haken zu Gesicht zu bekommen, jedoch schlägt auch dieser Versuch fehl. Auch andere Faßinstrumente gleiten regelmäßig ab. Die Blutung ist gering.

12. 12. Operation in Lokalanästhesie unter Dämmerschlaf. (Professor Kümmel.)

Hautschnitt am vorderen Rand des Sterno-cleido-mastoideus links. Freipräparieren des Oesophagus unter Beiseiteschieben einer beträchtlichen Struma. In den Oesophagus wird vom Munde aus ein Katheter eingeführt und auf dessen Spitze der Oesophagus eröffnet. Man sieht dann in der Tiefe etwa 3 cm unterhalb des Ringknorpels das Gebiß, das sich mit seinen beiden nach vorne zu stehenden Haltehaken in die Schleimhaut festgehakt hat. Die Schleimhaut ist in der Umgebung stark nekrotisch. Es gelingt, das Gebiß herauszuwälzen, nachdem der durch die linke Oesophaguswand durchgedrungene, nach unten liegende Haken des Gebisses mit der Schere herauspräpariert ist. Der Längsschnitt des Oesophagus wird dann mit fortlaufender Naht verschlossen, die äußere Haut nur am oberen Wundwinkel vernäht, im unteren ein Korkpapier-Gazebeutel eingelegt. Durch die Nase wird ein Gummikatheter in den Oesophagus eingelegt. Während der Extraktion des Gebisses selbst wurde Chloroformnarkose notwendig. Nach der Operation Erbrechen. Abends Temperatur 37,4°. Wenig Schmerzen.

15. 12. Ernährung durch den Nasen-Schlund-Schlauch geht ohne Störung vor sich. Schmerzen gering. Der Verband zeigt nur geringe Sekretdurchtränkung.

20. 12. Die Wundränder sind ein wenig entzündet, mäßige, ziemlich dünnflüssige Sekretion, kein Speichel, fieberfrei. Nur ab und zu klagt Patientin über Schmerzen. Keine Schluckbeschwerden.

29. 12. Schlauch wird herausgenommen. Schlucken geht gut, es tritt nichts durch die Wunde.

31. 12. Sondierung bis zu 18 cm Tiefe angefangen, jetzt bis zu 24 cm Tiefe beschwerdefrei durchgegangen. Die Wunde schließt sich langsam von innen.

4. 1. 1918. Direkte Oesophagoskopie ergibt, daß die Wunde sich völlig glatt geschlossen hat, keine Striktur.

11. 1. Wunde am Hals vernarbt, Patientin wird beschwerdefrei entlassen.

Ebenselbe Patientin kommt am 29. 3. 1920 zur Wiederaufnahme.

Patientin kommt heute, abends ½8 Uhr, wieder in die Klinik, mit der Angabe, heute, mittags ½12 Uhr, ihr Gebiß — die gleiche Platte mit neuerdings 3 Zähnen — wieder verschluckt zu haben. Abends ½9 Uhr direkte Oesophagoskopie. (Professor Kümmel.) Das Röntgenbild zeigt, daß das Gebiß derart in der Speiseröhre sitzt, daß die Zähne nach rechts hin, eine Klammer nach oben mundwärts, eine Klammer nach unten magenwärts gelegen sind. Die Platte ist nicht sehr scharf, das Gebiß erscheint sehr groß. Bei der direkten Oesophagoskopie ist das Gebiß zu sehen. Man sieht die Zähne und die obere Klammer. Fassen des Gebisses mit scharfem Faßinstrument. Bei Zug an dem festgefaßten Gebiß folgt dieses mit der Faßzange und kann, ohne daß die Schleimhaut wesentlich verletzt wird, per os entfernt werden. Das Gebiß saß in Höhe des Oesophagusmundes.

30. 3. Beschwerdefrei entlassen.

Bei einem weiteren Fall handelt es sich um ein 5jähriges Mädchen, das eine Brosche verschluckte. Nähere Angaben fehlen.

1918.

43. Sch., A., 53jähr., Leimen.
Nähnadel in Lokalanästhesie oesophagoskopisch extrahiert.

44. Sch., K., 59jähr., Edingen.
Fleischbrocken in Lokalanästhesie oesophagoskopisch extrahiert.

45. N., D., 30jähr., Worms.
Fischgräte; bei der in Lokalanästhesie ausgeführten Oesophagoskopie o. B. Keine weiteren Angaben.

46. F., G., 65jähr., Walldorf.
Fleischbrocken; Fremdkörper wird bei der in Lokalanästhesie ausgeführten Oesophagoskopie im Oesophagusmund sitzend erkannt und extrahiert.

47. O., M., 29jähr., Kaiserslautern.
Gebißplatte wird bei der in Lokalanästhesie ausgeführten Oesophagoskopie dicht unterhalb des Oesophagusmundes erkannt und wird oesophagoskopisch entfernt.

48. W., M., 3½jähr., Heidelberg.
Geldstück wird bei der in Narkose ausgeführten Oesophagoskopie im Oesophagusmund sitzend erkannt und entfernt.

1919.

49. N., L., 60jähr., Mannheim.
Brotbrocken; bei der in Lokalanästhesie ausgeführten Oesophagoskopie o. B. Fremdkörper wird beim Husten ausgeworfen.

50. G., A., 21jähr., Ommersheim.
4. 9. Aufnahme. (Chir. Kl.)
Patient gibt an, am 3. Januar 1919 habe er aus Versehen ein Stück seines entzweigegangenen Gebisses verschluckt. Er sei in Zweibrücken ins Krankenhaus gekommen, wo Kehlkopfschnitt gemacht und versucht sei, den Fremdkörper herauszuholen. Dieser sei jedoch dabei weiter heruntergerutscht. Patient klagt über Beschwerden beim Essen und Schlucken, sowie über ein gewisses Fremdkörpergefühl im Hals.
Status. Mittelgroßer Mann in mittlerem Ernährungszustand von blasser Gesichtsfarbe.
Herz o. B.
Lungen: zahlreiche bronchitische Geräusche.
Sputum: schleimig, eitrig, geschichtet.
Bei der Röntgendurchleuchtung sieht man einen kleinen unregelmäßigen Schatten in der Speiseröhre, etwa in ihrer Mitte. Beim Hinunterschlucken von etwas Wismutbrei bleibt an dieser Stelle etwas von dem Brei haften.
5. 9. Verlegt in die Klinik für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten.
Bei der vorgenommenen Oesophagoskopie wurde in 25 cm Tiefe das Gebiß festsitzend gefunden. Ein Zahn war deutlich rechts hinten zu sehen. Extraktionsversuche blieben ergebnislos.
8. 9. Wiederaufnahme in die chir. Klinik.
9. 9. Als vorbereitende Operation wird eine Gastrostomie in üblicher Weise angelegt.
10. 9. Temperatur 38°.
Rechts hinten über dem Schulterblatt Bronchialatmen und einzelne feinblasige Rasselgeräusche, ziemlich reichlicher schleimig-eitriger Auswurf.
24. 9. Innere Untersuchung.

Thorax schleppt rechts ein wenig nach. Rechts hinten unten eine bis zur Schulterblattspitze reichende intensive Dämpfung, über der vor dem Aushusten das Atemgeräusch abgeschwächt, nach dem Aushusten bronchial ist. Diffuse Bronchitis, Stimmfremitus nach Aushusten eher verstärkt. Lungenspitzen frei. Sputum sehr reichlich, geballt, setzt sich in drei Schichten ab, fade riechend. Tbc.-Bakt. wurden nicht gefunden.

27. 9. Das Röntgenbild ergibt einen Schatten rechts hinten unten, wahrscheinlich eine Bronchiektasie, ebenso einen Schatten weiter oben von länglicher Form. Das Gebißstück ist auf der Platte deutlich zu sehen.

4. 10. 19. Operation. (Geheimrat Enderlen.)

In Narkose Schnitt parallel dem linken Sterno-cleido-mast., dieser wird durchtrennt. Zuerst wird art. thyreoid. inf. sin. ligiert und durchtrennt, dann Schlundsonde eingeführt und Oesophagus in Höhe der Schilddrüse eröffnet. Nach Durchtrennung von störendem Narbengewebe in der Gegend der Speiseröhre wird eine Kornzange in die Speiseröhre eingeführt. Mit ihr gelingt es, das Gebiß, das sehr fest sitzt, zu fassen und in toto zu extrahieren. Die Platte saß an der vorderen Wand der Speiseröhre. Zweireihige Naht der Oesophaguswunde, Einlegen eines dünnen Drains, Hautnaht. Zunächst entsteht eine Oesophagusfistel, die sich aber rasch schließt. 10 Tage post operationem kann Patient von oben schlucken, daher wird der Schlauch aus der Gastrostomie genommen. Die Fistel schließt sich schnell. Bei der Entlassung kann Patient alles von oben schlukken, bekommt nur bei groben Bissen starken Hustenreiz. Husten und Auswurf haben wesentlich nachgelassen. Magenschlauch kann vom Mund aus spielend in den Magen eingeführt werden. Keine Stenose.

13. 3. 1920. Patient ging es in letzter Zeit nicht gut, besonders beim Schlucken von Flüssigkeit hatte er Beschwerden, bekam jedesmal einen heftigen Hustenanfall. Hatte viel mit Husten, gelegentlich mit Auswurf zu tun. Oesophago-bronchoskopisch wird in ca. 25 cm Tiefe eine Fistel diagnostiziert, die von der rechten hinteren Seite der Trachea nach dem Oesophagus ging. Patient wird der chir. Klinik zur Operation überwiesen.

15. 3. 1920. Zunächst wurde eine Gastrostomie angelegt (Enderlen), Schnitt längs und median von der alten Gastrostomienarbe. Der Magen wird vorgezogen und ein dickes Rohr durch wiederholte Nähte in den Magen eingenäht. Gastrostomie funktioniert. Allgemeinbefinden gut.

18. 3. Operation. (Enderlen.) In Narkose Längsschnitt am Vorderrand des rechten Sterno-cleido-mastoideus bis herab zum Jugulum. Sofort kommt man im Operationsgebiet rechts auf eine apfelgroße, derbe Struma. Die art. thyreoid. inf. rechts wird doppelt ligiert und durchtrennt, und jetzt die Struma möglichst nach links heruntergedrückt. Unter großer Mühe wird das vorhandene Narbengewebe exzidiert und so allmählich Trachea und Oesophagus freigelegt. Nun wird eine dicke Schlundsonde eingeführt, sie gelangt leicht in den Oesophagus. Die Trachea wird vom Oesophagus stumpf gelöst, angeschlungen und nach vorn gezogen. In der vermuteten Höhe ist nirgends eine Kommunikation zwischen Luft- und Speiseröhre feststellbar, Fistel muß also tiefer sitzen. In Höhe des manubrium sterni wird senkrecht zum ersten Schnitt ein zweiter nach links herüber geführt und manubrium sterni reseziert. Oesophagus und Trachea liegen jetzt bis zur Höhe der Bifurkation frei. Blutende Venen werden ligiert. Da von einer Fistel nichts zu sehen ist, wird oberhalb der Bifurkation die Trachea vorn längs inzidiert, auf ca. 3 cm die Ränder weit auseinandergezogen. Jetzt erkennt man dicht oberhalb des Abganges des rechten Stammbronchus hinten etwas rechts an der Tracheawand eine linsengroße, prominente Fistelöffnung. Ihre Sondierung führt zum Oesophagus. In der Trachea wird die Fistelöffnung von ihrem Lumen aus umschnitten und exzidiert, so daß ein 5 Pfennig-Stück großes Loch in ihrer Wand entsteht. Dann wird die Fistel von außen verfolgt, exzidiert, samt ihrer Mündungsstelle in die Vorderwand des Oesophagus, so daß dort ein ähnliches Loch entsteht. Das Loch an der Hinterwand der Trachea wird von ihrem Lumen aus durch 5 Knopfnähte geschlossen, dann das Loch im Oesophagus durch 2reihige Knopfnähte vernäht, schließlich die Tracheotomiewunde durch Knopfnähte geschlossen. Lockere Tamponade des Wundgebietes, einige Situationsnähte. Operationsdauer 2½ Stunden. Am Schluß Atmung frei. Nur

starkes Rasseln. Patient leicht zyanotisch, blaß, Puls frequent, aber gut gefüllt.

18. 3. (Mittags 2 Uhr.) Patient sieht sehr schlecht aus, schweißbedeckt. Puls klein, frequent. Atmung oberflächlich, zeitweise aussetzend. Warme Einpackung, Exzitantien. (7 Uhr abends.) Patient moribund, starkes Trachealrasseln, ½ Stunde später Exitus unter den Zeichen von Herzschwäche.
Obduktionsbefund des Path. Instituts.

Anatomische Diagnose: Befund nach Operation einer Oesophagotrachealfistel unter Wegnahme des Manubrium sterni. An der Nahtstelle im Oesophagus, die 21 cm unterhalb der Zungenspitze liegt, befinden sich zwei in die Trachea führende Fistelöffnungen. Schwartige Verwachsungen des Oesophagus mit der Brustwirbelsäule im Bereiche des zweiten und dritten Brustwirbels. Vom Oesophagus führt eine Fistel in die Zwischenwirbelscheibe zwischen zweitem und drittem Brustwirbel, die erst an der Dura spinalis Halt macht. Stenose mit Faltenbildung des Oesophagus im Bereich der Nahtstelle. Befund nach Gastrostomie. Starke Tracheitis und Bronchitis. Mediastinales Emphysem. Bronchopneumonische Herde und Bronchiektasien im rechten Unterlappen. Alte Verwachsungen an der rechten Spitze und im Bereich des rechten Unterlappens. Agenesie der linken Niere und des linken Ureters.

Der tragische Ausgang des hier beschriebenen Falles ist verursacht durch die bei der Oesophagoskopie am 13. 3. festgestellte Oesophago-Trachealfistel. Von Wichtigkeit ist es nun, zu entscheiden, ob diese Fistel bereits vor der ersten Operation, solange der Fremdkörper im Oesophagus steckte, bestand, oder ob sie sich anschließend an die bei der Operation verursachten Schäden entwickelt hat. Die Vorgeschichte ergibt, daß das Gebiß sich bereits zehn Monate lang im Oesophagus befand, bevor auf blutigem Wege die Extraktion des Fremdkörpers vorgenommen wurde. Dabei zeigte sich, daß das Gebiß mit seinen Haken fest in der Schleimhaut eingekeilt saß und bereits einen Teil der Oesophaguswand zur Nekrose gebracht hatte. Durch den lang anhaltenden Druck hatte sich sicherlich die Nekrose auf die anliegende Trachea fortgesetzt, und sich in dieser Zeit bereits eine Fistel gebildet, die aber durch den Fremdkörper gedeckt wurde, so daß sich keine

klinischen Symptome für das Vorhandensein einer solchen Fistel zeigten. Außerdem können die zahlreichen bronchitischen Geräusche und das reichliche geschichtete Sputum wohl als Symptome einer vorhanden gewesenen Fistel gelten. Kurz nach der Extraktion des Fremdkörpers wird angegeben, daß Patient beim Schlucken gröberer Bissen starken Hustenreiz bekommt, was auch als Zeichen der schon vorhandenen Fistel zu deuten ist. Somit ist wohl anzunehmen, daß die Fistel bereits bei der ersten Operation bestand, aber nicht gefunden wurde.

51. H., D., 12jähr., Kirrlach.
Zwetschgenkern; er wird bei der Oesophagoskopie in den Magen gestoßen.

52. F., A., 23jähr., Steinsfurt.
Gebißstück; es wird bei der in Lokalanästhesie vorgenommenen Oesophagoskopie in Höhe der ersten Rippe erkannt und extrahiert.

53. F., A., 42jähr., Merchingen.
Knochenstück; bei der in Lokalanästhesie ausgeführten Oesophagoskopie zeigt sich der Fremdkörper dicht unterhalb des Oesophagusmundes und wird oesophagoskopisch entfernt.

1920.

54. K., E., 22jähr., Heidelberg.
Knochenstück wird bei der in Lokalanästhesie ausgeführten Oesophagoskopie in Höhe des Ringknorpels erkannt und extrahiert.

55. O., M., gebor. G., siehe Nr. 42.

56. R., O., 4½jähr., Hockenheim.
Metallpfeifchen; bei der in Narkose ausgeführten Oesophagoskopie wird der Fremdkörper in Höhe des letzten Halswirbels erkannt und oesophagoskopisch entfernt.

57. M., G., 18jähr., Ziegelhausen.
Knochenstück wird oesophagoskopisch extrahiert.

58. D., K., 47jähr., Eberstadt.
Knochenstück; bei der in Lokalanästhesie ausgeführten Oesophagoskopie zeigt sich der Fremdkörper unterhalb des Oesophagusmundes; er wird oesophagoskopisch extrahiert.

59. E., K., 3jähr., Haag.
10 Pfennig-Stück wird in Narkose oesophagoskopisch entfernt.

60. H., E., 21jähr., Landzkirchen.
Gebißplatte; bei der in Lokalanästhesie ausgeführten Oesophagoskopie zeigt sich der Fremdkörper im Oesophagusmund; er wird extrahiert.

Bei zwei weiteren Fällen fehlen die Angaben.

1921.

61. G., R., 1jähr., Walldorf.
Geldstück; die in Narkose ausgeführte Oesophagoskopie zeigt den Fremdkörper in Höhe des Jugulums; er wird extrahiert.

62. G., E., 35jähr., Wiesloch.
Zahnstück; oesophagoskopisch o. B.

63. Sch., R., 4jähr., Neulußheim.
Geldstück; die in Narkose vorgenommene Oesophagoskopie zeigt den Fremdkörper im Anfangsteil des Oesophagus; er wird extrahiert.

64. W., K., 41jähr., Buchen.
Knochenstück; die in Lokalanästhesie gemachte Oesophagoskopie zeigt den Fremdkörper unterhalb des Oesophagusmundes; er wird extrahiert.

65. Kl., O., 1½jähr., Wiesental.
Knopf; bei der Untersuchung mit Bougie ist der Oesophagus frei; nähere Angaben fehlen.

66. K., F., 14 Monate, Bürstadt.
Geldstück; wird in Narkose oesophagoskopisch extrahiert.

67. R., R., 1¾jähr., Heidelberg.
Zwetschgenkern; die in Narkose gemachte Oesophagoskopie zeigt den Fremdkörper im Oesophagusmund; er wird oesophagoskopisch extrahiert.

Bei einem weiteren Fall fehlen die Angaben.

1922.

68. F., G., 68jähr., Walldorf.
Fleischbrocken; die in Lokalanästhesie ausgeführte Oesophagoskopie zeigt den Fremdkörper im Oesophagusmund; er wird entfernt.

69. K., R., 18jähr., Rettigheim.
Will beim Plombieren eines Zahnes eine Nervennadel verschluckt haben. Bald darauf Erbrechen. Patientin klagt über Stechen beim Schlucken, kann alles essen. Weder bei der

Untersuchung der Mundhöhle noch bei der indirekten Untersuchung des Larynx und Oesophagusmundes ist etwas von der Nadel zu entdecken. Röntgenaufnahme sowie die in Lokalanästhesie ausgeführte Oesophagoskopie lassen keinen Fremdkörper mehr erkennen. Patientin wurde beschwerdefrei entlassen.

70. M., G., 40jähr., Gutenbach.
Fleischbrocken wird in Lokalanästhesie oesophagoskopisch entfernt.

71. R. S., 56jähr., Hardheim.
Fremdkörpergefühl; es wird bei der in Lokalanästhesie ausgeführten Oesophagoskopie ein Abszeß diagnostiziert. Nähere Angaben über den Sitz des Abszesses und dessen Behandlung fehlen.

72. S., E., 17jähr., Wiesental.
Gebißstück; die in Lokalanästhesie ausgeführte Oesophagoskopie läßt den Fremdkörper im Oesophaguseingang erkennen, er wird extrahiert.

73. D., E., 70jähr., Heidelberg.
Fleischbrocken wird in Lokalanästhesie oesophagoskopisch entfernt.

74. Sch., M., 23jähr., Lobenfeld.
In Lokalanästhesie werden oesophagoskopisch fünf krustenartige, bräunliche Gebilde, scheinbar Emaillesplitter, entfernt.

75. B., H., 39jähr., Heidelberg.
Gebiß; in Lokalanästhesie ausgeführte Oesophagoskopie o. B. Gebiß sitzt bei der Röntgendurchleuchtung im Darm. Nähere therapeutische Angaben sowie Angaben über den Verbleib des Fremdkörpers fehlen.

76. S., J., 42jähr., Leimen.
Knochensplitter; in Lokalanästhesie vorgenommene Oesophagoskopie läßt keinen Fremdkörper erkennen, es wird nur eine Schleimhautläsion festgestellt.

77. W., O., 33jähr., Weinheim.
Gebißstück; in Lokalanästhesie ausgeführte Oesophagoskopie läßt den Fremdkörper in 25 cm Tiefe unterhalb der Zahnreihe erkennen; er wird extrahiert.

78. R., A., 56jähr., Saarbrücken.
Angeblich Knochen oder Zahn verschluckt.

Bei der in Lokalanästhesie ausgeführten Oesophagoskopie ist kein Fremdkörper zu entdecken. Jedoch werden Spasmen diagnostiziert.

79. B., F., 44jähr., Neckarhausen.
Zwetschgenkern ist bei der in Lokalanästhesie ausgeführten Oesophagoskopie in den Magen gerutscht.

80. D., W., 2jähr., Groß-Bockenheim.
10 Pfennig-Stück; wird oesophagoskopisch entfernt.

1923.

81. C., H., 19jähr., Oberhausen.
Gräte; in Lokalanästhesie wird oesophagoskopisch eine etwa 2 cm lange, ½ cm breite Gräte etwas unterhalb des Oesophagusmundes sichtbar, die sich quer festgespießt hat; sie wird extrahiert.

82. H., G., 33jähr., Handschuhsheim.
Knochenstück; bei der in Lokalanästhesie ausgeführten Oesophagoskopie zeigt sich am Oesophaguseingang eine quergestellte, schmale Schleimhautläsion, unterhalb, etwas über der Gegend der Bifurkation, ein breites, quergestelltes, flaches Knochenstück, das sich mit einer spitzen Kante fest eingehakt hat. Es wird nach mehrfachen vergeblichen Extraktionsversuchen und unter vorsichtigem Lockern extrahiert.

83. H., L., 38jähr., Heidelberg.
Knochenstück; in Mundhöhle, Rachen, Larynx und Sinus piriformis beiderseits nichts von Fremdkörper in indirektem Bilde zu sehen. Bei der in Lokalanästhesie ausgeführten Oesophagoskopie zeigt sich am Oesophaguseingang an der Hinterwand eine kleine Schleimhautläsion. Im übrigen ist nichts von einem Fremdkörper zu sehen. Über den Verlauf ist nichts weiteres aus den Krankenblättern zu ersehen.

84. B., E., 29jähr., Kirchheim.
Knochenstück; in Lokalanästhesie ausgeführte Oesophagoskopie ergibt außer einer Schleimhautläsion am Oesophagus-eingang keinen Befund.

85. F., O., 47jähr., Heidelberg.
10 Pfennig-Stück; in Lokalanästhesie wird festgeklemmtes, schräg stehendes Geldstück entfernt.

1924.

86. S., F., 18jähr., Oberweinheim.
Knochenstück wird in Lokalanästhesie oesophagoskopisch extrahiert.

87. Sch., P., 87jähr., Oestringen.
Fleischbrocken; in Lokalanästhesie ausgeführte Oesophagoskopie zeigt den Fremdkörper im Oesophaguseingang, er wird oesophagoskopisch entfernt.

88. A., O., 23jähr., Mundenheim.
Knöchelchen; in Lokalanästhesie wird unterhalb des Oesophaguseinganges an der Hinterwand eine ½ cm lange oberflächliche Wunde oesophagoskopisch festgestellt. Näheres über den Fall ist nicht bekannt.

89. B., R., 6jähr., Heinitz.
2 Francs-Stück wird in Narkose oesophagoskopisch extrahiert.

90. H., K., 3jähr., Hoffenheim.
10 Pfennig-Stück; oesophagoskopisch o. B. Nähere Angaben fehlen.

91. G., H., 5jähr., Oppau.
Messingplättchen von Markstückgröße verschluckt. In 15 cm Tiefe unterhalb der Zahnreihe wird oesophagoskopisch ein Messingplättchen gefunden und mit der Zange entfernt. Keine Angaben, ob Narkose oder Lokalanästhesie.

92. K., F., 26jähr., Schönau.
Verschluckte beim Brotessen ein Gebißstück, seitdem Schmerzen. Brot ist zum Teil wieder herausgewürgt worden. Röntgenbefund der chirurg. Klinik: „Prothesenstück in der Höhe der Bifurkation, anscheinend verhakt." Das Prothesenstück wird oesophagoskopisch entfernt. Das Metallstückchen der Prothese sah frei ins Lumen der Speiseröhre und war nicht verhakt.

93. St., K., 6jähr., Eberbach.
50 Pfennig-Stück; das Geldstück, das laut Röntgenbild kurz oberhalb des Jugulums im Oesophagus sitzt, wird oesophagoskopisch entfernt.

94. A., W., 14 Monate, Hockenheim.
10 Pfennig-Stück; wird in der Höhe der Bifurkation oesophagoskopisch erkannt und entfernt.

95. Sch., J., 44jähr., Speyer.
Patient wird eingeliefert, weil er einen Knochensplitter ver-

schluckt hat, und der Versuch, ihn mit der Oesophagoskopie zu entfernen, beim Spezialarzt fehlgeschlagen war. Schon beim ersten Einblick soll der Oesophagus geblutet haben.

Befund: Starker Würgreiz beim Kokainisieren. Larynx o. B. Auf dem Oesophagusmund Blut. Bei Einführung des Rohres zeigt sich dicht unter dem Ringknorpel eine etwas links von der Medianebene liegende Verletzung der Oesophaguswand mit zerfetzten Rändern, umgeben von starken Schwellungen. Da die weitere Einführung des Rohres zu gefährlich erscheint, wird die Untersuchung abgebrochen. Unmittelbar darauf zeigt sich Luftemphysem unter den Weichteilen der Larynxgegend beiderseits. Patient bekommt noch einmal 0,01 Morphin und Eisblase. Am folgenden Tage Röntgenaufnahme, die keinen Fremdkörper erkennen läßt. Im Anschluß daran Pharyngotomie (Professor Kümmel) in Lokalanästhesie 0,01 Morphin + 0,001 Scopolamin. Bei der Operation wurde kein Fremdkörper gefunden, sie ergab auch nur eine Läsion der Oesophaguswand, die wohl durch den Fremdkörper hervorgerufen war. Glatte Heilung.

1925.

96. D., K., 23jähr., Heidelberg.
Fleischbrocken; oesophagoskopisch erkennt man in 20 cm Tiefe unterhalb der Zahnreihe eine grauweiße Masse. Beim Entfernungsversuch rutscht der Fremdkörper in die Tiefe. Am Tage darauf wird in 30 cm Tiefe eine leichte Narbe diagnostiziert. Näheres ist aus der Krankengeschichte nicht zu ersehen.

97. U., K., 39jähr., Wilgartswiesen.
Vor einer Woche Nagelstück verschluckt. Schmerzen im Hals und Fremdkörpergefühl. Röntgenaufnahme, Tracheo- und Oesophagoskopie o. B. Es ist wohl anzunehmen, daß der Fremdkörper per vias naturales abgegangen ist.

98. O., St., 45jähr., Oestringen.
Fleischbrocken in Lokalanästhesie oesophagoskopisch entfernt.

99. J., E., 27jähr., Neuostheim.
Nadel verschluckt; oesophagoskopisch in 14 cm Tiefe unterhalb der Zahnreihe Schleimhautläsion, vom Fremdkörper ist nichts zu sehen. Da weitere Angaben fehlen, so ist wohl anzunehmen, daß der Fremdkörper per vias naturales abgegangen ist.

Abgeschlossen: Mai 1925.

Über die Art der Fremdkörper gibt nachstehende Zusammenstellung Aufschluß.

Blechkapsel	1	Knöpfe	2
Brotbrocken	1	Metallpfeifchen	2
Emaillesplitter	1	Metallplatte	2
Fleischbrocken	17	Nadel	4
Gebiß	14	Nagel	2
Geldstück	18	Speckschwarte	1
Gräten	3	Zwetschgenkerne	6
Knochen	23	Zahnstück	1

Bei einem Fall läßt sich die Art des Fremdkörpers nicht feststellen.

Was die Frage der Lokalanästhesie oder Narkose anbetrifft, so ergibt vorliegendes Material folgendes Ergebnis: Von den aufgeführten Fällen genügte bei den erwachsenen Patienten die Lokalanästhesie. In den 27 beobachteten Fällen bei Kindern unter 10 Jahren wurde, soweit es sich aus den Akten feststellen ließ, die Oesophagoskopie bei 15 Fällen in Narkose vorgenommen, während in 3 Fällen die Lokalanästhesie zum Ziele führte. Wir sehen also, daß sogar bei Kindern die Oesophagoskopie in Lokalanästhesie ausführbar war. Im allgemeinen sei gesagt, daß die Lokalanästhesie bei den Erwachsenen zur Vornahme der Oesophagoskopie vollständig ausreicht, während bei Kindern doch oft die Narkose der Lokalanästhesie vorzuziehen ist.

Vorliegende Arbeit zeigt, wie sehr sich die Oesophagoskopie bei den in den letzten 20 Jahren zur Behandlung gekommenen Fällen von Oesophagusfremdkörpern bewährt hat. In welchem Teil der Speiseröhre der Fremdkörper auch saß, stets führte die Oesophagoskopie zu einer einwandfreien Diagnose.

In den Jahren von 1905 bis 1915 kamen 32 Fälle zur Behandlung. In 19 Fällen wurde der Fremdkörper oesophagoskopisch entfernt. In 13 Fällen wurde der Fremdkörper bei der Oesophagoskopie entweder nicht mehr gefunden oder wurde infolge des durch die Manipulation ausgelösten Würgreflexes ausgeworfen oder in den Magen gestoßen.

In den Jahren von 1916 bis 1925 kamen 67 Fälle zur Behandlung. In 45 Fällen wurde der Fremdkörper oesophagoskopisch entfernt.

In 20 Fällen wurde der Fremdkörper bei der Oesophagoskopie entweder nicht mehr gefunden oder wurde infolge des durch die Manipulation ausgelösten Würgreflexes ausgeworfen oder in den Magen gestoßen. Unter den letztgenannten Fällen befindet sich einer, wo beim Bougieren der Oesophagus frei war, weshalb eine Oesophagoskopie nicht mehr ausgeführt wurde. In 2 Fällen (Nr. 42 und Nr. 50) war die Fremdkörperextraktion auf blutigem Wege nötig, und zwar wurden die Fremdkörper durch die Oesophagotomia cervicalis entfernt. Bei Fall 50 wurde nach einem halben Jahre infolge der bereits bestandenen Oesophago-Trachealfistel eine zweite Operation nötig, nämlich die Oesophagotomia mediastinalis. Letzterer Fall kam ad exitum, während alle anderen Fälle als geheilt entlassen werden konnten.

Am Schlusse meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geh. Hofrat Prof. Dr. W. Kümmel für die Überlassung des Themas sowie für die vielfach gegebenen Anregungen bei der Bearbeitung desselben meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Literatur.

Brünings u. Albrecht: Direkte Endoskopie der Luft- und Speiseröhre (Neue Deutsche Chirurgie, Bd. 16).

Gottstein: Technik und Klinik der Oesophagoskopie (Mittlg. aus d. Grenzgeb. d. Medizin u. Chirurgie, Bd. 6 u. 8, 1901).

v. Hacker: Die Oesophagoskopie und ihre klinische Bedeutung. (v. Bruns. Beitr. Bd. 20, Heft 1.) Entfernung der Fremdkörper des Oesophagus (v. Bruns, Beitr. Bd. 29, Heft 1).

Lieblein, V.: Über Fremdkörper der Speiseröhre und ihre operative Entfernung. (Bruns Beitr. Bd. 41, Heft 3.)

Starck: Lehrbuch der Oesophagoskopie.

Schlemmer: Oesophagusfremdkörper, Oesophagoskopie und Oesophagotomie. (Arch. f. kl. Chir. 1920, Bd. 114.)

Im übrigen sei auf die ausführlichen Literaturangaben hingewiesen, die wir in den Lehrbüchern von Brünings und Starck sowie in dem Aufsatz von Schlemmer finden.

Lebenslauf.

Ich, Arthur Pollerbeck, wurde als Sohn der verstorbenen Eheleute Kaufmann Theodor Pollerbeck und seiner Frau Theodora, geb. Schulte-Holthausen, am 16. August 1897 zu Essen-Borbeck (Ruhr) geboren. Nach 3jähriger Volksschulbildung besuchte ich das humanistische Gymnasium zu Essen-Borbeck, woselbst ich Juni 1915 das Zeugnis der Reife erhielt. Juni 1915 trat ich als Kriegsfreiwilliger in das Heer ein und stand bis zum Kriegsende im Felde. Von Februar 1919 ab widmete ich mich dem Studium der Medizin an den Universitäten zu Göttingen, Münster i. W. und Heidelberg. An letzterer bestand ich März 1922 mein Physikum und am 7. Mai 1925 mein ärztliches Staatsexamen.